

MARIA ALICIA CASTELLS

**VALIDADE DO CAGE PARA RASTREAR PACIENTES
COM DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL INTERNADOS EM
HOSPITAL GERAL**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2003**

MARIA ALICIA CASTELLS

**VALIDADE DO CAGE PARA RASTREAR PACIENTES
COM DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL INTERNADOS EM
HOSPITAL GERAL**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Professora Orientadora: Prof^a. Dra. Letícia Maria Furlanetto

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2003

Castells, Maria Alicia.

Validade do CAGE para rastrear pacientes com dependência ao álcool internados em hospital geral / Maria Alicia Castells. – Florianópolis, 2003. 32p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. CAGE 2. Dependência ao álcool 3. Hospital geral I. Validade do CAGE para rastrear pacientes com dependência ao álcool internados em hospital geral.

Dedico este trabalho aos amigos do Centro Acadêmico Livre de Medicina – CALIMED, e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM, meus maiores mestres, inspiradores e cúmplices. A todo o Movimento em Defesa da Vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Alicia N. González de Castells e Eduardo J. F. Castells, pelos exemplos de vida e pelos constantes estímulos e confiança dada.

A minha professora, orientadora e amiga Leticia Maria Furlanetto, pelo compromisso, seriedade e dedicação dados ao exercício do ensino e da pesquisa. O aprendizado proporcionado pela proximidade destes últimos três anos da minha formação contribuiu e continuará contribuindo muito além das atividades de pesquisa ou da realização deste trabalho.

Ao meu namorado, Hêider Aurélio Pinto, por estar constantemente buscando ampliar o meu mundo; por toda a paciência e dedicação dadas; por ser meu companheiro. Minha admiração e amor.

Aos amigos Kariny L. Cordini – todo meu carinho e cumplicidade – Esteban Albizuri, Gabriel Scalco, Guilherme Sens, José Otto Reusing Jr., Juliana F. M. Silva, Flávia Henrique e Rogério Barcala; sem vocês os anos na faculdade apenas teriam passado. Obrigada por me ensinarem tanto e ajudarem a me construir.

Aos professores Marco da Ros, pelo carinho e aprendizado durante os anos do Curso; César Semionatto, exemplo de resistência e transformação cotidiana; Carlos Alberto Justus da Silva, pela coerência, ética e papel pedagógico desenvolvido com os estudantes.

Agradeço aos pacientes, aos funcionários da biblioteca e do SAME, e a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, também foram importantes no desenvolver deste trabalho e caminhada no Curso de Medicina.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------|-----------|
| Folha de Rosto..... | i |
| Dedicatória..... | ii |
| Agradecimentos..... | iii |
| Resumo..... | v |
| Summary..... | <u>vi</u> |
| 1. Introdução..... | 1 |
| 2. Objetivo..... | 5 |
| 3. Método..... | 6 |
| 3.1. Casuística..... | 6 |
| 3.2. Local..... | 7 |
| 3.3. Desenho..... | 7 |
| 3.4. Procedimentos..... | 7 |
| 3.5. Variáveis..... | 7 |
| 3.6. Análise Estatística..... | 9 |
| 3.7. Aspectos Éticos..... | 11 |
| 4. Resultados..... | 12 |
| 5. Discussão..... | 18 |
| 6. Conclusão..... | 21 |
| Normas Adotadas..... | 22 |
| Referências Bibliográficas..... | 23 |
| Apêndices..... | 27 |
| Anexos..... | 30 |

RESUMO

Objetivo: Verificar a validade do questionário CAGE para rastrear pacientes com dependência ao álcool internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC.

Método: Trata-se de um estudo transversal, no qual foram selecionados 747 pacientes internados na clínica médica do HU-UFSC. Foram colhidos dados sociodemográficos e clínicos e aplicados os seguintes instrumentos: o questionário CAGE e uma entrevista semi-estruturada – *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), utilizada como padrão-ouro para diagnóstico de dependência ao álcool (de acordo com os critérios do DSM-IV). Foram obtidas medidas de validade (sensibilidade e especificidade) do CAGE para os diferentes pontos de corte possíveis. Para análise do melhor ponto de corte foi utilizada a curva ROC.

Resultados: A amostra foi composta de 747 pacientes, sendo 66% homens, brancos (85%), com média de idade \pm Desvio Padrão (DP)= 50 ± 17 anos, estado civil casado/amasiado (61%), com escolaridade média \pm DP= 6 ± 4 anos. Através do MINI, foram diagnosticados 48 pacientes (6,6%) com dependência ao álcool. O CAGE apresentou a melhor sensibilidade (93,8%) com ponto de corte igual a um (CAGE positivo para uma ou mais respostas afirmativas). Com este ponto de corte, a especificidade foi de 85,5%.

Conclusão: Aplicado em hospital geral, o questionário CAGE mostrou boa sensibilidade (93,8%) e especificidade (85,5%), utilizando como ponto de corte 0/1. Por ser de fácil e rápida aplicação e ter baixos custos, poderia ser utilizado para rastreamento de casos de dependência ao álcool neste contexto.

Palavras-chave: CAGE; dependência ao álcool; hospital geral.

SUMMARY

Objective: to verify the validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol dependence in medical inpatients at the University Hospital of Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC).

Method: A transversal study was conducted in which 747 medical inpatients at the general medical wards of the HU-UFSC were evaluated. Sociodemographic and clinical data were collected and the following instruments were used: the CAGE questionnaire and a semi-structured interview – The Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI), utilized as a gold standard for diagnosing alcohol dependence (according to DSM-IV criteria). Validity measures (sensitivity and specificity) for the different possible cutoff scores of the CAGE were obtained. The ROC curve was used to analyze the best cutoff score.

Results: The sample was composed by 747 patients, 66% men, white (85%), with a mean age \pm Standard Deviation (SD) = 50 ± 17 years, married (61%), with a mean level of education \pm SD = 6 ± 4 years. According to MINI, 48 patients (6,6%) were diagnosed as having alcohol dependence. The CAGE had the highest sensitivity (93,8%) with the cutoff score of one (one or more “positive” answers indicating a positive test). The specificity for this cutoff was 85,5%.

Conclusion: The CAGE questionnaire showed a good sensitivity (93,8%) and specificity (85,5%) using the cutoff 0/1, when used in general medical wards. Considering it is an easy, brief and inexpensive instrument it could be used for screening alcohol dependence in this context.

Key-words: CAGE; alcohol dependence; general hospital.

1. INTRODUÇÃO

O termo alcoolismo é utilizado habitualmente, tanto no meio médico quanto popular, para designar problemas relacionados ao uso de álcool, sejam de abuso ou dependência da substância. Contudo, este termo não possui uma definição precisa e, portanto, não é utilizado na maioria dos sistemas diagnósticos oficiais.¹ A diferenciação entre o estado de abuso e dependência ao álcool é importante para auxiliar na escolha de tratamento e definição de prognóstico dos pacientes. O abuso de uma substância, no caso o álcool, ocorre quando há um uso lesivo ou excessivo, ocasional ou persistente, em desacordo com os padrões culturais e com a prática médica vigente.² Há um padrão mal-adaptativo de uso da substância, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao seu uso repetido. A pessoa torna a usar a substância apesar de que isto possa resultar num fracasso recorrente em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel na sociedade, ou em situações nas quais isto possa representar perigo físico, ou ocasionar múltiplos problemas legais, sociais e/ou interpessoais repetitivos.³ Por outro lado, a característica essencial da dependência é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela.³ Na dependência a drogas há um estado mental e, muitas vezes, físico, que resulta da interação da droga com o organismo. Esta situação sempre inclui uma compulsão de usar a droga para experimentar seu efeito psíquico ou evitar o desconforto provocado pela sua ausência.² Portanto, o estado de gravidade em que se encontram estes pacientes é maior e as abordagens terapêuticas sensivelmente necessárias.

Para padronizar o uso dos conceitos e assim facilitar a comunicação na área da saúde, existem os sistemas de classificação diagnósticos. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, no seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV),³ a dependência a uma substância, incluindo o álcool, é definida como um grupo de três ou mais sintomas, que se referem a aspectos de tolerância, abstinência e comportamento do uso compulsivo da droga, que ocorrem a qualquer tempo durante um período de 12 meses. (**Anexo 1**).

O consumo excessivo de bebida alcoólica vem sendo considerado há tempos como um problema de saúde pública. Dentre uma ampla variedade de agravos associados, este consumo é descrito como estando associado ao aumento do absenteísmo e do número de aposentadorias por invalidez,^{4, 5} ao aumento de acidentes de trabalho e de trânsito e do número de reinternações hospitalares;⁶ além de estar associado como fator de risco para diversas patologias, como o aumento do risco de morbi-mortalidade por acidente vascular cerebral^{7,8} e por cirrose hepática.⁹

Os valores encontrados de prevalência de abuso e dependência ao álcool variam de acordo com a população estudada. No Hospital Geral, a detecção de pacientes internados com problemas relacionados ao uso de álcool vem ganhando atenção crescente, em função dos estudos que têm demonstrado uma elevada taxa de casos.¹⁰⁻¹³ A prevalência desses pacientes encontrada em alguns trabalhos varia de 12% a 36%.^{10, 11, 14-18} A ampla variação da frequência encontrada é decorrente da adoção de diferentes metodologias pelos estudos e da definição de abuso e/ou dependência ao álcool como caso. Delimitando os casos apenas para pacientes com dependência ao álcool em Hospital Geral, a frequência pode variar de 8% a 26%.^{12, 17, 18}

No entanto, apesar da alta prevalência, observa-se que ainda existem grandes dificuldades para detecção destes pacientes nos serviços de saúde, resultando na descrição de baixos valores de prevalência do agravo e de pacientes que acabam não tendo o diagnóstico realizado. Alguns estudos mostram que, no Hospital Geral, entre 40 a 50% dos pacientes internados por doenças físicas e que sofrem de transtornos relacionados ao álcool não recebem o diagnóstico corretamente.^{15, 16}

Visando a facilitar o rastreamento e a detecção precoce de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool, vários questionários ou entrevistas estruturadas têm sido desenvolvidos. O *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)¹⁹⁻²¹ é um questionário desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para ser utilizado como instrumento de rastreamento de pacientes com problemas relacionados ao álcool.^{22, 23} O questionário *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST)²⁴ e suas versões abreviadas são instrumentos amplamente utilizados para avaliar a prevalência de alcoolismo. No entanto, este tem sido criticado pelo fato de identificar apenas pessoas que já reconhecem, em algum nível, que têm problemas relacionados ao álcool. Sendo assim, apresenta baixa sensibilidade quando utilizado em pacientes de Hospital Geral ou em pacientes que apresentam algum nível de problema relacionado ao

álcool, mas que ainda não demonstram sintomas de dependência, em detrimento de uma alta especificidade quando aplicado em pacientes que apresentam dependência ao álcool.^{23, 25}

Ewing²⁶ propôs a utilização do CAGE, após verificar em seu estudo que grande parte de pacientes alcoolistas internados podiam ser identificados usando apenas quatro perguntas discriminatórias. A sigla CAGE faz referência às quatro palavras-chave utilizadas nas questões: *Cut-down* (redução), *Annoyed* (aborrecimento), *Guilty* (culpado) e *Eye-opener* (ingesta matinal, para “abrir o olho”). O questionário foi validado por Mayfield *et al.*,²⁵ sendo aplicado a pacientes psiquiátricos internados, encontrando em seu estudo que o CAGE apresentava uma boa sensibilidade para rastrear casos sugestivos de alcoolismo quando usado os pontos de corte 2/3 ou 3/4 (a partir de duas ou três respostas afirmativas). No Brasil, Masur e Monteiro²⁷ validaram o questionário CAGE em português, desenvolvendo uma versão com uma entrevista com catorze perguntas, estando as quatro questões do CAGE inseridas de forma intercalada dentro da entrevista. Sua validação foi feita para a utilização em pacientes internados em Hospital Psiquiátrico, sugerindo que o ponto de corte poderia variar entre 2/3 a 3/4, dependendo do objetivo do estudo, estando de acordo com os achados de Mayfield *et al.*²⁵

Desde a sua criação e validação, o questionário CAGE vem sendo um dos instrumentos mais utilizados para rastreamento de alcoolismo em diferentes populações e serviços de saúde. Sua ampla utilização deve-se ao fato de ser um questionário de aplicação rápida e simples, homogeneização de informação e fácil interpretação.²⁸

Diferentes pontos de corte vêm sendo propostos, de acordo com a população estudada. De forma mais consensual, o ponto de corte de duas respostas afirmativas vem sendo amplamente utilizado, de acordo com o já proposto por Mayfield *et al.*²⁵ e Masur e Monteiro²⁷ no Brasil. No entanto, esses estudos se referem a pacientes psiquiátricos, onde o alcoolismo é um dos possíveis diagnósticos de internação e existe no local uma estrutura especializada voltada para a detecção dos casos. Se considerarmos os pacientes com problemas relacionados ao consumo de álcool internados em Hospital Geral, existem características próprias que os diferenciam, sendo que na maioria das vezes o motivo da internação é um agravo físico, podendo sobrepor-se e desviar a atenção da causa subjacente. Além disso, no Hospital Geral, a prevalência deste transtorno não é tão elevada, e geralmente não há uma avaliação diagnóstica sistemática neste sentido. Para a utilização em Hospital Geral, o estudo de Hearne²³ realizado com pacientes admitidos em todos

os setores do hospital, sugeriu a utilização do CAGE com um ponto de corte igual a duas respostas afirmativas, enquanto Liskow¹² e Bush,¹⁶ o primeiro estudando pacientes da triagem clínica e o segundo pacientes atendidos pelos serviços de ortopedia e clínica médica, ambos em Hospital Geral, em seus estudos defenderam a obtenção de apenas uma resposta afirmativa para a definição de caso. No Brasil, o estudo de Paz Filho,¹⁷ realizado em Curitiba, recomendou a adoção de ponto de corte igual a dois na utilização do CAGE em pacientes atendidos em serviço de Pronto-Socorro de um Hospital Universitário. No entanto, apesar de estudos realizados em serviços de urgência no Hospital Geral, não foram encontrados estudos de validação do CAGE, realizados no Brasil, para a utilização em pacientes internados em enfermarias de Hospital Geral, utilizando-se a base de dados Lilacs e Medline.

Assim, há uma necessidade de se avaliar a validade dos pontos de corte sugeridos, levando em consideração as particularidades de uma amostra brasileira de pacientes atendida em enfermarias de Hospital Geral, onde existem diferenças sociodemográficas, clínicas e culturais, para evitar que possíveis casos não sejam desconsiderados, por não atingirem o valor mínimo na aplicação do questionário. A realização da validação de um instrumento com o conseqüente conhecimento de um ponto de corte para seu uso num determinado local favorece o aumento na detecção de casos, além de possibilitar a sua utilização em futuros trabalhos de pesquisa.

2. OBJETIVO

Verificar a validade do questionário CAGE, na versão validada por Masur e Monteiro²⁷ no Brasil, para rastrear pacientes com dependência ao álcool internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

3. MÉTODO

3.1- CASUÍSTICA

A amostra foi composta de sujeitos adultos internados no HU-UFSC, de acordo com os critérios abaixo:

3.1.1- Inclusão

Todos os pacientes consecutivamente internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC durante o período de maio de 2000 a março de 2002 foram elegíveis para participarem do estudo. De acordo com a lista de internação obtida no Serviço de Prontuário de Pacientes (SPP), foram internados 2355 pacientes neste período, dos quais 1234 foram selecionados por randomização para participarem do estudo. Destes, 729 pacientes que não preencheram os critérios de exclusão compuseram a amostra.

3.1.2- Exclusão

- Não conseguir participar da entrevista devido à doença física (por exemplo: afasia, surdez, dispnéia intensa);
- Pacientes que já estavam internados há mais de uma semana, quando de sua seleção através de randomização;
- Idade inferior a 18 anos;
- Recusa em participar;
- Pacientes com Prejuízo Cognitivo (*delirium* e/ou demência);*
- Pacientes que, após terem consentido em participar da pesquisa, não concluíram a entrevista (CAGE).

* Transtorno caracterizado por comprometimento da cognição, por exemplo: memória, atenção e/ou linguagem. O termo prejuízo cognitivo foi utilizado para designar os pacientes com *delirium* e/ou demência. Foi realizada uma avaliação clínica e os pacientes que preencheram os critérios do DSM-IV³ para *delirium* e/ou demência foram excluídos. O motivo da exclusão deve-se ao fato de que, havendo prejuízo cognitivo, o paciente não é capaz de responder o instrumento CAGE.

3.2- LOCAL

Este estudo foi realizado nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, HU-UFSC. A enfermaria geral de adultos é constituída por três enfermarias mistas, com um total de 90 leitos, que atendem a pacientes provenientes da grande Florianópolis e de outras localidades do Estado.

3.3- DESENHO

Trata-se de um estudo transversal realizado para verificar a validade de um instrumento.

3.4- PROCEDIMENTOS

Todos os indivíduos que compuseram a amostra (randomizados e que não preencheram os critérios de exclusão) foram convidados a participar do estudo. Aqueles pacientes que deram o consentimento por escrito (vide aspectos éticos), após serem esclarecidos sobre os objetivos e a natureza do estudo, foram entrevistados dentro da primeira semana de internação. Foram colhidos dados sociodemográficos e clínicos. Quando necessário, as dados foram complementados com informações colhidas nos prontuários. Foi aplicado o instrumento a ser validado, o questionário CAGE.^{26, 27} O diagnóstico de dependência ao álcool foi realizado através da aplicação de uma entrevista semi-estruturada, o *Mini International Neuropsychiatric Interview*^{29, 30} (MINI), conforme o item 3.5.4.

3.5- VARIÁVEIS

3.5.1- Sociodemográficas

Foram coletadas as variáveis sociodemográficas descritas na ficha de coleta de dados (Apêndice 1).

3.5.2- Clínicas

3.5.2.1- Especialidade

Os pacientes foram divididos de acordo com as especialidades médicas em que foram internados. Foram consideradas as especialidades de Clínica Médica, Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Neurologia, Hematologia, Endocrinologia e as restantes agrupadas na categoria “outras”.

3.5.2.2- Doenças crônicas

A avaliação da presença atual ou prévia de doenças crônicas foi realizada através de pergunta direta e de consulta ao prontuário no dia da entrevista. Foram avaliadas as seguintes doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Coronariana, Acidente Vascular Cerebral, *Diabetes Mellitus* e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

3.5.3- Questionário CAGE para rastreamento de alcoolismo

O questionário CAGE²⁶ foi elaborado para rastrear alcoolismo. É composto de quatro perguntas, sendo que a sigla é a junção das quatro palavras-chave utilizadas nas quatro questões: *Cut-down* (redução), *Annoyed* (aborrecimento), *Guilty* (culpado) e *Eye-opener* (ingesta matinal). No presente estudo, foi utilizada a versão em português, validada por Masur e Monteiro,²⁷ após adaptação em uma amostra brasileira. Nesta versão, são acrescentadas 10 perguntas intermediárias às questões específicas do CAGE (Apêndice 2).

3.5.4- Dependência ao álcool

O diagnóstico de dependência ao álcool foi realizado através da aplicação de uma entrevista semi-estruturada, o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI),³⁰ versão em português,²⁹ baseada nos critérios diagnósticos propostos pela quarta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana, DSM-IV.³

3.6- ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados foi feita através do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 10.0 (SPSS-10).³¹ Para a caracterização da amostra foram utilizadas percentagens, médias e desvios-padrão, conforme apropriado. Foram descritos o número e a percentagem total de pacientes com dependência ao álcool.

A validação do questionário CAGE fez-se a partir da comparação dos resultados deste com os obtidos pelo MINI,²⁹ instrumento utilizado como padrão-ouro.* Foram calculados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo para todos os pontos de corte[†] possíveis do CAGE (1, 2, 3 e 4). Para análise do melhor ponto de corte, foi utilizada a Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic Curve*), conforme item 3.6.2.

3.6.1- Mensuração da Validade:

Existem diversos tipos de validade.[‡] Neste estudo, será definida a validade em relação a um padrão, ou seja, o quanto o instrumento CAGE consegue diagnosticar corretamente pacientes dependentes ao álcool, considerando como casos reais os pacientes que tiveram o diagnóstico feito através de um teste padrão-ouro, o MINI.²⁹ Além disso, serão estudados os melhores pontos de corte. Para tanto, foram utilizados valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo.

Sensibilidade: É definida como a proporção dos indivíduos com a doença, que têm um teste positivo para a doença. É a capacidade que o teste apresenta de detectar os indivíduos verdadeiramente positivos, ou seja, diagnosticar corretamente os doentes, no caso, os pacientes dependentes ao álcool.

* Padrão-ouro: É considerado um indicador mais fiel da verdade, ou seja, indica se a doença está ou não realmente presente. Também conhecido como “*gold standart*” ou “teste padrão”.³²

† Ponto de corte: é um valor estabelecido, acima do qual, um resultado é considerado anormal.³³

‡ A validade de um teste diagnóstico refere-se ao quanto o resultado final reflete a real situação observada, ou seja, se o resultado pode ser aceito como expressão da realidade ou o quanto dela se afasta. Em um teste diagnóstico, a questão a ser investigada é a sua capacidade de discriminar corretamente doentes e sadios.^{32, 33}

Especificidade: É definida como a proporção dos indivíduos sem a doença, que têm um teste negativo. É a capacidade que o teste tem de detectar os verdadeiros negativos, isto é, de diagnosticar corretamente os indivíduos sadios, no caso, os pacientes não dependentes ao álcool.

Valor Preditivo Positivo (VPP): É a proporção de casos (doentes) entre os que foram considerados positivos ao teste. O VPP aumenta com o aumento da prevalência do agravo estudado.

Valor Preditivo Negativo (VPN): É a proporção de não-casos (sadios) entre os que foram considerados negativos ao teste. O VPN é elevado nos casos do agravo estudado ser de baixa frequência.

3.6.2- *Receiver Operating Characteristics Curve* (Curva ROC)

A definição do limiar ou ponto de corte de testes/instrumentos de rastreamento ou diagnósticos é uma decisão baseada em valores de sensibilidade e especificidade, muitas vezes de forma isolada.³³

É desejável que um teste seja altamente sensível e altamente específico. Infelizmente, com frequência, isso não é possível. Há situações em que os resultados de um teste assumem uma série sucessiva de valores, onde a definição de um ponto de corte, o ponto no *continuum* entre normal e anormal, é determinada arbitrariamente. Nestes casos, onde os valores são expressos em uma escala contínua, a sensibilidade somente pode ser aumentada à custa da diminuição da especificidade, e vice-versa. Uma forma de expressar a inter-relação entre sensibilidade e especificidade para um determinado teste é a construção de uma curva, chamada *Receiver Operator Characteristic* (ROC) *Curve*, utilizando-se os valores de verdadeiros positivos (sensibilidade) contra os valores de verdadeiros negativos (especificidade), ou então a proporção de falsos positivos (1-especificidade), para a obtenção de uma curva através dos diferentes pontos de corte de um teste. Quanto mais a curva concentrar-se no canto superior esquerdo do gráfico, melhor poder discriminatório terá o teste (aumento da sensibilidade com pouca ou nenhuma perda na especificidade). Testes de menor poder discriminatório têm curvas mais próximas à diagonal que vai da esquerda-inferior à direita-superior. Através da análise da curva ROC, pode-se definir onde se localiza o melhor ponto de corte para um determinado teste. Dependendo da população e finalidade de uso de determinado instrumento, podemos optar por diferentes pontos

de corte, mas, em geral, o melhor ponto de corte é o que está mais próximo do canto esquerdo-superior.³²⁻³⁴

3.7- ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC. Os pacientes foram esclarecidos sobre o estudo, sendo informados que em nada seria alterado seu tratamento, caso decidissem não participar. Aqueles que concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Quando foram detectados pacientes com transtornos mentais sugestivos de se beneficiarem de tratamento específico, seus médicos assistentes foram avisados e o serviço de interconsulta psiquiátrica do HU auxiliou no tratamento, caso fosse solicitado parecer.

4. RESULTADOS

Durante este estudo, foram entrevistados 729 pacientes (59,1%), e 505 foram excluídos (40,9%). Dos pacientes que compuseram a amostra final (N=729), 486 (66,7%) eram do sexo masculino, com idade variando de 18 a 96 anos e média de idade \pm desvio padrão (DP) de $49,4 \pm 16,4$ anos. A escolaridade variou de zero a 22 anos e a média \pm DP foi de $5,9 \pm 4,0$ anos. As principais características sociodemográficas encontram-se na **Tabela 1**.

TABELA 1: Perfil sociodemográfico da amostra de pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC (N = 729).

| Características | N (729) | % |
|-------------------------------|----------------|----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 486 | 66,7 |
| Feminino | 243 | 33,3 |
| Idade | | |
| 18 a 64 anos | 583 | 80,0 |
| ≥ 65 anos | 146 | 20,0 |
| Estado Civil* | | |
| Casado(a)/união estável | 451 | 61,9 |
| Solteiro(a) | 103 | 14,1 |
| Separado(a)/divorciado(a) | 103 | 14,1 |
| Viúvo(a) | 66 | 9,1 |
| Raça | | |
| Branca | 618 | 84,8 |
| Parda | 59 | 8,1 |
| Negra | 44 | 6,0 |
| Escolaridade* | | |
| 0 anos | 51 | 7,0 |
| 1 a 4 anos | 297 | 40,7 |
| 5 a 8 anos | 194 | 26,6 |
| > 8 anos | 174 | 23,9 |
| Renda Familiar* | | |
| Até R\$ 600,00 | 454 | 62,3 |
| De R\$ 601,00 até R\$ 1200,00 | 183 | 25,1 |
| Superior a R\$ 1200,00 | 82 | 11,2 |

* Os valores que somados não atingem o N total da amostra são decorrentes do não preenchimento completo dos dados pelo entrevistado, por desconhecimento ou recusa.

FONTE: Laboratório de Estudos dos Transtornos do Humor (LETH). HU-UFSC, 2000/02.

Quanto às características clínicas, a maioria dos pacientes (27,6%) foi internada pela Clínica Médica. A distribuição dos pacientes de acordo com a especialidade médica em que foram internados encontra-se na **Tabela 2**.

TABELA 2 - Especialidades nas quais os pacientes foram internados (N=729).

| Especialidade | N | % |
|-------------------|-----|------|
| Clínica Médica | 201 | 27,6 |
| Gastroenterologia | 112 | 15,4 |
| Cardiologia | 108 | 14,8 |
| Pneumologia | 94 | 12,9 |
| Neurologia | 71 | 9,7 |
| Hematologia | 55 | 7,5 |
| Endocrinologia | 31 | 4,3 |
| Outras | 51 | 6,9 |

FONTE: LETH. HU-UFSC, 2000/02.

Com relação às doenças crônicas avaliadas, a amostra apresentou uma elevada prevalência de história atual ou prévia de Hipertensão Arterial Sistêmica, seguida de Doença Coronariana e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. (**Tabela 3**).

TABELA 3 – Frequência de doenças crônicas na amostra (N=729).

| Doenças Crônicas | n | % |
|------------------------------------|-----|------|
| Hipertensão Arterial Sistêmica | 245 | 33,6 |
| Doença Coronariana | 124 | 17,0 |
| Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica | 112 | 15,4 |
| <i>Diabetes Mellitus</i> | 110 | 15,1 |
| Acidente Vascular Cerebral | 39 | 5,39 |

FONTE: LETH. HU-UFSC, 2000/02.

A **Tabela 4** mostra a percentagem de respostas afirmativas que cada questão do CAGE obteve, quando analisadas de forma discriminada.

TABELA 4 – Frequência de respostas afirmativas para cada questão do questionário CAGE.

| Questão do CAGE | N (729) | % |
|------------------------|---------|------|
| 1. <i>Cut down</i> * | 131 | 18,0 |
| 2. <i>Annoyed</i> † | 75 | 10,3 |
| 3. <i>Guilty</i> ‡ | 28 | 3,8 |
| 4. <i>Eye-opener</i> § | 59 | 8,1 |

* Redução

† Aborrecimento

‡ Culpado

§ Ingesta matinal

FONTE: LETH. HU-UFSC, 2000/02.

Através do MINI,²⁹ foram diagnosticados 48 pacientes (6,6%) com dependência ao álcool. O CAGE apresentou a melhor sensibilidade com ponto de corte igual a um (CAGE positivo para uma ou mais respostas afirmativas), no qual a sensibilidade foi de 93,8%. Com este ponto de corte a especificidade foi de 85,5%. A **Tabela 5** apresenta os valores de validação para os diferentes pontos de corte possíveis.

TABELA 5 – Valores de validação do CAGE, comparados com o padrão ouro obtido pelo MINI,* para diferentes pontos de corte da amostra (n=729).

| Pontos de Corte do CAGE [†] | Dependência ao álcool (n) [*] | | Sensibilidade [‡] (%) | Especificidade [§] (%) | Valor Preditivo Positivo (%) | Valor Preditivo Negativo [¶] (%) |
|--------------------------------------|--|---------|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|
| | Presente | Ausente | | | | |
| 0 | 3 | 582 | - | - | - | - |
| 1 | 45 | 99 | 93,8 | 85,5 | 31,3 | 99,5 |
| 2 | 40 | 55 | 83,3 | 91,9 | 42,1 | 98,7 |
| 3 | 26 | 21 | 54,2 | 96,9 | 55,3 | 96,8 |
| 4 | 6 | 3 | 12,5 | 99,6 | 66,7 | 94,2 |

* MINI: instrumento utilizado como padrão-ouro para diagnosticar pacientes com dependência ao álcool, de acordo com os critérios do DSM-IV.³

[†] Ponto de corte: escore no CAGE^{26, 27} a partir do qual o paciente foi considerado dependente ao álcool.

[‡] Sensibilidade = Verdadeiros positivos / (verdadeiros positivos + falsos negativos)

[§] Especificidade = Verdadeiros negativos / (falsos positivos + verdadeiros negativos)

^{||} Valor preditivo positivo = Verdadeiros positivos / (verdadeiros positivos + falsos positivos)

[¶] Valor preditivo negativo = Verdadeiros negativos / (falsos negativos + verdadeiros negativos)

FONTE: LETH. HU-UFSC, 2000/02.

Na **Figura 1** observa-se que o ponto de corte 1/2 atingiu a melhor localização sobre a Curva ROC, construída a partir dos valores de sensibilidade e especificidade obtidos na aplicação do CAGE.

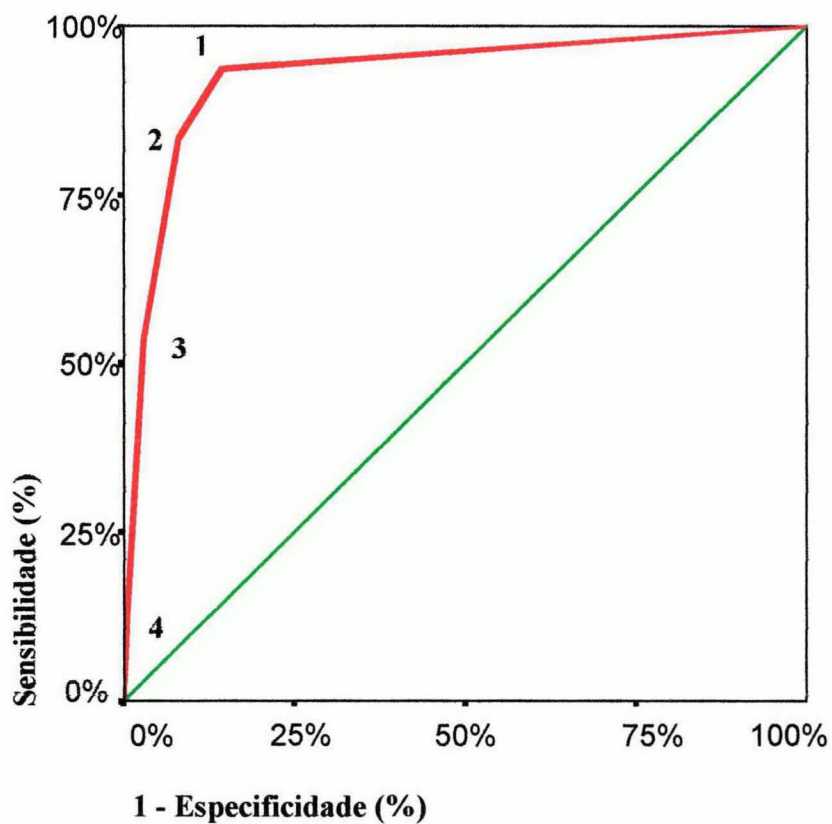


FIGURA 1: Curva ROC: Sensibilidade e especificidade do CAGE para quatro diferentes pontos de corte.
FONTES: LETH. HU-UFSC, 2000/02.

5. DISCUSSÃO

A utilização do questionário CAGE como instrumento para detecção de pacientes com dependência ao álcool mostrou bons resultados tanto na utilização de ponto de corte igual a uma ou duas respostas afirmativas. No entanto, apesar do ponto de corte 1/2 mostrar uma pequena redução de especificidade em relação ao ponto de corte 2/3, pela análise da curva ROC observamos que o ponto mais próximo do canto superior a esquerda da curva e, portanto, o ponto mais apropriado para diferenciar casos de não-casos, é o ponto de corte 1.

Em concordância com nossos achados outros têm proposto a utilização de apenas uma resposta afirmativa para indicar o teste como positivo.^{12, 16} A opção pelo uso de uma resposta afirmativa como ponto de corte ao invés de duas resulta em um aumento da sensibilidade (mais verdadeiros positivos serão detectados) em detrimento de uma diminuição da especificidade (mais falsos positivos serão incluídos). A escolha depende da prevalência do agravo observada na população estudada e da finalidade do uso do teste. A prevalência de dependência ao álcool (6,6%) encontrada no HU-UFSC mostra que uma parcela relativamente elevada dos internados está sujeita a este agravo e que, portanto, há a necessidade de utilização de testes de rastreamento, que apresentem elevada sensibilidade e que possam ser aplicados em grande escala. Deve também ser considerado que a prevalência destes pacientes encontrada no presente estudo não é tão elevada quanto a encontrada em Hospitais Psiquiátricos^{35, 36} ou serviços de emergência/urgência,^{12, 17, 37} onde o alcoolismo é um dos possíveis diagnósticos de internação e/ou existe no local uma estrutura especializada voltada para a detecção dos casos. Assim, faz-se necessária a utilização em nosso meio de um instrumento com maior poder de rastreamento, ou seja, com um ponto de corte que privilegie a sensibilidade.

Por outro lado, vários estudos vêm sugerindo a utilização do ponto de corte de duas respostas afirmativas para considerar o teste CAGE como positivo para dependência ao álcool. Em alguns desses trabalhos, como os de Mayfield *et al*,²⁵ e Masur e Monteiro²⁷ observamos que a amostra estudada foi composta por pacientes psiquiátricos, onde a prevalência de casos de alcoolismo é mais elevada e faz-se necessário a utilização de instrumentos que tenham maior poder de discriminação dos pacientes que não apresentam a doença, ou seja, que a especificidade seja privilegiada. Em outros trabalhos,¹⁷ apesar da amostra ser formada por pacientes de Hospital

Geral, os locais estudados – serviços de emergência hospitalar ou pronto-socorros – também apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de álcool³⁷ e, portanto, tornam a comparação com o presente estudo prejudicada.

Existem algumas limitações no nosso trabalho que são importantes de serem mencionadas. Primeiramente, no presente estudo fez-se a opção pela utilização da categoria dependência ao álcool. Portanto, os resultados encontrados e a validação do CAGE no ponto de corte 1/2 (acima de uma resposta afirmativa) são úteis para o rastreamento de pacientes com dependência ao álcool, não sendo possível afirmar o mesmo sobre o ponto de corte e validação para utilização em pacientes com abuso ao álcool. Deve-se considerar que o estado de gravidade em que se encontram os pacientes com dependência ao álcool é maior. Há um importante comprometimento físico, sendo que o indivíduo continua utilizando a substância, apesar dos problemas significativos relacionados a ela, tornado as abordagens terapêuticas sensivelmente necessárias.

Também é importante salientar que o estudo foi desenvolvido em Hospital Geral Universitário, de caráter terciário. Portanto, a população estudada apresenta características sociodemográficas, clínicas e culturais próprias, não permitindo que se faça uma correlação direta dos achados com outros hospitais de menor nível de complexidade. Contudo, com a definição do ponto de corte 1/2, observa-se que há uma ampliação no rastreamento de pacientes com dependência ao álcool e, portanto, aumento da possibilidade de detecção de casos, pois mais pacientes estarão sendo investigados.

Outra limitação presente é a possibilidade de que tenha corrido um viés de observação. Embora tenhamos utilizado uma entrevista semi-estruturada como padrão-ouro para o diagnóstico de dependência ao álcool, o MINI,²⁹ é possível que alguns pacientes tenham negado o uso de álcool com medo de serem discriminados. Desta maneira, a prevalência verdadeira desta patologia poderia ser ainda maior. Além disso, deve-se salientar que o CAGE é apenas um instrumento de rastreamento e, portanto, não tem como objetivo fazer diagnóstico. Assim, continua fazendo-se necessário que o paciente rastreado pelo questionário CAGE possa dispor de uma entrevista clínica com profissionais da área de atuação. Contudo, este instrumento pode ser útil para aumentar a detecção de possíveis casos de dependência.

Como significado clínico deste estudo podemos citar a importância de se dispor de um instrumento de rastreamento com um ponto de corte conhecido para ser utilizado em enfermarias

de clínica médica em Hospital Geral, considerando que este é um local/momento privilegiado para se fazer o diagnóstico. Devemos considerar que se o paciente dependente ao álcool não for tratado para esta morbilidade, há uma diminuição das chances de melhora, inclusive nos aspectos físicos deste. Os achados deste estudo também podem ser utilizados para a pesquisa e o ensino da prática médica, em vista da facilidade de aplicação e interpretação do instrumento.

6. CONCLUSÃO

1. A utilização do CAGE, na versão validada por Masur e Monteiro,²⁷ como instrumento para rastreamento de pacientes com dependência ao álcool internados em Hospital Geral, apresentou bons valores de sensibilidade e especificidade com a utilização de ponto de corte igual a uma resposta afirmativa, mostrando sua validade para a utilização nestes serviços.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão de curso de graduação em Medicina, resolução nº 001/2001, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em 05 de julho de 2001.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan JK, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
2. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Upmark M, Karlsson G, Romelsjo A. Drink driving and criminal behaviours as risk factors for receipt of disability pension and sick leave: a prospective study of young men. *Addiction* 1999;94(4):507-19.
5. Upmark M, Moller J, Romelsjo A. Longitudinal, population-based study of self reported alcohol habits, high levels of sickness absence, and disability pensions. *J Epidemiol Community Health* 1999;53(4):223-9.
6. Chang CM, Lee Y, Yang MJ, Wen JK. Predictors of readmission to a medical-psychiatric unit among patients with minor mental disorders. *Chang Gung Med J* 2001;24(1):34-43.
7. Hart CL, Smith GD, Hole DJ, Hawthorne VM. Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease, and stroke: results from a prospective cohort study of scottish men with 21 years of follow up. *Bmj* 1999;318(7200):1725-9.
8. Reynolds K, Lewis LB, Nolen JD, Kinney GL, Sathya B, He J. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *Jama* 2003;289(5):579-88.
9. Saunders JB, Latt N. *Epidemiology of alcoholic liver disease*. Baillieres Clin Gastroenterol 1993;7(3):555-79.
10. Buchsbaum DG, Buchanan RG, Centor RM, Schnoll SH, Lawton MJ. Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios. *Ann Intern Med* 1991;115(10):774-7.
11. Buchsbaum DG, Buchanan RG, Welsh J, Centor RM, Schnoll SH. Screening for drinking disorders in the elderly using the CAGE questionnaire. *J Am Geriatr Soc* 1992;40(7):662-5.

12. Liskow B, Campbell J, Nickel EJ, Powell BJ. Validity of the CAGE questionnaire in screening for alcohol dependence in a walk-in (triage) clinic. *J Stud Alcohol* 1995;56(3):277-81.
13. Saitz R, Lepore MF, Sullivan LM, Amaro H, Samet JH. Alcohol abuse and dependence in latinos living in the United States. *Arch Intern Med* 1999;159:718-724.
14. John U, Rumpf HJ, Hapke U. Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital: an approach to reduce sample selection bias. *Alcohol Alcohol* 1999;34(5):786-94.
15. Rosa A, Gonçalves S, Stefani S, Martins S, Rosa D, Hunsche A, et al. Percepção e registro de abuso de álcool e de doenças relacionadas num hospital geral universitário. *Rev Ass Med Brasil* 1998;44(4):335-9.
16. Bush B, Shaw S, Cleary P, Delbanco TL, Aronson MD. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *Am J Med* 1987;82(2):231-5.
17. Paz Filho G, Sato L, Tuleski M, Takata S, Ranzi C, Saruhashi S, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev Ass Med Brasil* 2001;47(1):65-9.
18. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Questionnaires are better than laboratory tests to screen for current alcohol abuse or dependence in a male inpatient population. *Acta Clin Belg* 2002;57(5):241-9.
19. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--II. *Addiction* 1993;88(6):791-804.
20. Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--I. *Addiction* 1993;88(3):349-62.
21. Hall W, Saunders JB, Babor TF, Aasland OG, Amundsen A, Hodgson R, et al. The structure and correlates of alcohol dependence: WHO collaborative project on the early detection of persons with harmful alcohol consumption--III. *Addiction* 1993;88(12):1627-36.

22. Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil - using the AUDIT and Fagerstrom questionnaires. *Sao Paulo Med J* 2000;118(5):139-43.
23. Hearne R, Connolly A, Sheehan J. Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. *J R Soc Med* 2002;95(2):84-7.
24. Pokorny AD, Miller BA, Kaplan HB. The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *Am J Psychiatry* 1972;129(3):342-5.
25. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-3.
26. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *Jama* 1984;252:1905-7.
27. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983;16(3):215-8.
28. Masur J, Capriglione MJ, Monteiro MG, Jorge MR. Detecção precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário CAGE. *J Bras Psiquiatr* 1985;34(1):31-34.
29. Amorim P. "Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais". *Rev Bras Psiquiatr* 2000;3(22):106-115.
30. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33; 34-57.
31. Norusis MJ. *SPSS/PC 10.0 Base Manual*. Chicago: SPSS Inc.; 2000.
32. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
33. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
34. Murphy JM, Berwick DM, Weinstein MC, Borus JF, Budman SH, Klerman GL. Performance of screening and diagnostic tests. Application of receiver operating characteristic analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44(6):550-5.
35. Iqbal N. Substance dependence. A hospital based survey. *Saudi Med J* 2000;21(1):51-7.

36. Baker FM, Haning WF, 3rd. Substance abuse and dependence in a public hospital: Hawaii. *Hawaii Med J* 2001;60(2):35-8.
37. Borges G, Cherpitel CJ. Selection of screening items for alcohol abuse and alcohol dependence among Mexicans and Mexican Americans in the emergency department. *J Stud Alcohol* 2001;62(3):277-85.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

FICHA DE COLETA DE DADOS

☐ Excluído? (circule o motivo)

1) Impo. Física; 2) + de 7 dias; 3) < de 18 anos; 4) recusa; 5) prejuízo cognitivo

01. Nome:.....

02. Data da Internação:...../...../..... Pront.:.....

03. Leito:..... Espec.: ☐CM ☐cardio ☐pneumo ☐gastro ☐endocr ☐neuro ☐hemato ☐outras

04. Sexo: ☐Masc ☐Fem Idade:..... Data do Nasc.:/...../.....(dd/mm/aaaa)

05. Raça: ☐Branca ☐Parda ☐Negra ☐Amarela ☐Outras

06. Estado Civil: ☐Solteiro ☐Casado/Amasiado ☐Viúvo ☐Separado/Divorciado

07. Escolaridade:anos

08. Renda familiar: ☐Até R\$ 600,00 ☐R\$ 601,00 a 1.200,00 ☐R\$ > R\$ 1.200,00

09. História Clínica:

| | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim |
| <i>Diabetes Mellitus</i> | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim |
| Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim |
| Infarto Agudo do Miocárdio | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim |
| Acidente Vascular Cerebral | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim |

10. Dependência ao álcool atual (MINI)?: ☐ não ☐ sim

11. Data:/...../.....

APÊNDICE 2

CAGE²⁶

Questionário adaptando o CAGE para uma amostra brasileira.²⁷

- O(a) Sr.(a) tem bom apetite?
- O que costuma comer nas refeições principais?
- Qual a bebida de sua preferência?

1. Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou para de beber?

- Tem facilidade em fazer amizade?
- Relaciona-se bem com seus familiares?

2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

- O Sr.(a) dorme bem a noite?
- A que horas costuma acordar?

3. O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

- Tem mudado de emprego com frequência?

4. O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber?

Some 1 ponto por cada resposta positiva.

1:

2:

3:

4:

CAGE: _____

ANEXOS

CrITÉRIOS para Dependência de Substância (DSM-IV)*

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

- (1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
 - (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;
- (2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - (a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas);
 - (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- (4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- (5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por exemplo, consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por exemplo, fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos;
- (6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
- (7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por exemplo, uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

* Critérios diagnósticos propostos pela quarta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana, DSM-IV.³

Especificar se:

Com Dependência Fisiológica: evidências de tolerância ou abstinência (isto é, presença de Item 1 ou 2).

Sem Dependência Fisiológica: não existem evidências de tolerância ou abstinência (isto é, nem Item 1 nem Item 2 estão presentes).

Especificadores de curso:

Remissão Completa Inicial

Remissão Parcial Inicial

Remissão Completa Mantida

Remissão Parcial Mantida

Em Terapia com Agonista

Em Ambiente Controlado

TCC
UFSC
CM
0494

Ex.1

IN. Cham. TCC UFSC CM 0494

Autor: Castells, Maria Al

Título: Validade do cage para rastrear p



972812601

Ac. 253643

Ex.1 UFSC BSCCSM

IN. Cham. TCC UFSC CM 0495